

Способ бронхоблокации при торакоскопической эхинококкэктомии легкого включает в себя предварительную бронхоскопическую окклюзию долевого бронха пораженного участка легкого и соответствующего главного бронха поролоновой мелкопористой губкой, после которой приступают к операции. По окончании операции выполняли бронхоскопию, удаляли пломбу из главного бронха. Через 3 дня удаляют пломбу из устья долевого бронха.

Дренаж удалялся на 2-3 сутки. Специфическое лечение зентелом продолжали в послеоперационном периоде. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии на 6-7 сутки после операции. Осложнений во время торакоскопической эхинококкэктомии и в послеоперационном периоде не отмечалось.

Таким образом, способ бронхоблокации при торакоскопической эхинококкэктомии легкого позволяет: обеспечить одностороннюю вентиляцию и тем самым создать условия для успешного выполнения торакоскопической эхинококкэктомии легкого; избежать прорыва содержимого кисты в бронхиальное дерево; выполнить торакоскопическую эхинококкэктомию при кистах легкого более 4 см в диаметре; снизить инвазивность оперативного вмешательства.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Ю.М. Федина

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Тетрада Фалло относится к наиболее распространённым порокам сердца синего типа. Она составляет 12 - 14% всех ВПС и 50-70% синих пороков.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения детей с тетрадой Фалло, проведенного в кардиохирургическом отделении Самарского областного клинического кардиологического диспансера с 2004 по 2008 г.; на основании полученных данных определить возраст для проведения коррекции тетрады Фалло (РКТФ).

Тетрада Фалло - этот порок характеризуется недоразвитием выходного отдела правого желудочка и смещением конусной перегородки кпереди и влево. Тетрада Фалло – это абсолютное показание к оперативному лечению. При выборе операции главную роль играет размер легочных артерий. Оперативное лечение проводится в два этапа: 1. Паллиативная операция. 2. Радикальная коррекция.

В возрасте до 1 года предпочтение пока все же отдается паллиативным операциям. У больных старшего возраста операцией выбора является первичная радикальная коррекция порока, так как она является одномоментной операцией и даёт низкий процент летальности; после её проведения идёт нормальное развитие ребёнка.

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Е.А. Федоренко

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - один из наиболее частых врожденных пороков сердца. В изолированном виде встречается приблизительно у 30% всех больных с врожденными пороками сердца.

Цель исследования. Провести анализ и определить оптимальные показания для хирургического лечения ДМЖП у детей младшего возраста.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – это отверстие между левым и правым желудочками. Дефекты могут располагаться в различных местах межжелудочковой перегородки. Наиболее часто они локализируются в мембранозной части. С 2005 по 2007 год прооперировано 191 ребёнок с ДМЖП. Операции выполнялись кардиохирургами СОККД. Диагноз ДМЖП ставился на основании общеклинического обследования, рентгенографии грудной клетки и электрокардиографии. Также всем детям до и после операции многократно проводилась эхокардиография. Анализ доплер-эхокардиографии включал вычисление градиента давления между желудочками по потоку через ДМЖП. Согласно нашим исследованиям, спонтанное закрытие не встречается у младенцев с большим ДМЖП, поэтому закрытие дефекта рекомендуется вскоре после его обнаружения независимо от возраста и веса. Показания к операции следующие: дефицит массы тела, сердечная недостаточность, легочная гипертензия и дилатация левых отделов сердца. Хирургическая техника была стандартной и заключалась в наложении заплат (114 человек) и ушивании (77 человек) дефекта. Одновременно с закрытием ДМЖП производилась коррекция сопутствующих врожденных пороков сердца.

Первичное хирургическое закрытие ДМЖП в течение первого года жизни является малорискованным и эффективным выбором метода лечения для большинства симптоматичных младенцев. После успешного закрытия ДМЖП у большинства младенцев наблюдается быстрое снижение легочно-артериального давления и облегчение симптоматики. Раннее закрытие ДМЖП в младенчестве предупреждает развитие необратимой легочно-сосудистой обструктивной патологии.

УТОЧНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА И ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

И.Г. Фомина

**Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Российская Федерация**

Эхинококкоз является паразитарным заболеванием, которое вызывается личинками эхинококка. Эта патология характеризуется развитием в органах солитарных или множественных кистозных образований. Заболеваемость носит эндемический характер. Эндемические очаги имеются в Германии, Австрии, Японии, Казахстане,

Киргизии, Узбекистане и на Аляске. В России они находятся в Омской, Томской, Новосибирской, Иркутской, Магаданской областях, в Красноярском и Хабаровском краях, в Якутии, Башкортостане, Татарстане, Поволжье.

Цель работы: изучение результатов оперативного лечения детей с эхинококковыми кистами легких и печени в Самарской области.

Нами был проведен анализ историй болезней детей за 2006 -2008 годы, находившихся на лечении в 13-м, 18-м отделениях ГБ №1 и хирургическом отделении ДГКБ №1 г. Самары. Всего выявлено 23 случая эхинококкоза у детей в возрасте от 2 до 17 лет, причем на областные районы приходится 69,5% (16 наблюдений), г. Самара 17,6% (4 наблюдения), г. Тольятти - 4,3% (1 наблюдение), г. Чапаевск - 4,3% (1 наблюдение), г. Новокуйбышевск - 4,3% (1 наблюдение). Среди пораженных внутренних органов: печень – 26,1% (6 наблюдений), легкие –73,9% (17 наблюдений). Распределение по полу: девочки – 10 (43,5%), мальчики -13 (56,5%). Всем больным была проведена закрытая эхинококкэктомия. Химиотерапия была проведена 6 больным, причем предоперационная химиотерапия проводилась в 1 наблюдении (16,6%), послеоперационная - в 5 наблюдениях (83,4%). Применялся препарат мебендазол. У детей, получавших химиотерапию, рецидивов и летальных исходов эхинококкоза не отмечалось.

Своевременное предпринятое оперативное вмешательство остается основным в лечении эхинококкоза. Лекарственные антигельминтные средства наиболее обосновано сочетают с хирургическим вмешательством - для предотвращения и снижения риска диссеминации процесса. Всем больным эхинококкозом необходимо проводить предоперационную и послеоперационную химиотерапию.

ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДА МЕТОДОМ СТЕНТИРОВАНИЯ

С.В. Черников, И.Я. Лещишин
Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул, Российская Федерация

Самым распространенным в детском возрасте заболеванием пищевода являются химические ожоги, приводящие к развитию его рубцового стеноза. Лечение рубцовых стенозов пищевода остается одной из сложных проблем детской хирургии.

Известен способ лечения рубцовых стенозов пищевода у детей путем бужирования пищевода, которое проводят или «вслепую», или полыми бужами по предварительно проведенному в пищевод проводнику, или за нить, после формирования у пациента гастростомы. Однако возможны осложнения в виде перфорации пищевода, все способы бужирования предусматривают многократное повторение манипуляций, плохо переносятся детьми, срок лечения растягивается на годы (от 1 до 3 лет и более). Также известен способ лечения стенозов пищевода путем баллонной дилатации. Однако и этот метод требует многократных повторений манипуляции и оказывается эффективным только у детей с короткими стриктурами пищевода.

У нас, в клинике детской хирургии АГМУ, наиболее широко используется метод реканализации стенозированного участка пищевода путем его эндопротезирования после форсированного бужирования резиновыми или силиконовыми трубками с различными приемами фиксации эндопротезов. Однако, на сегодняшний день нет совершенного метода его фиксации, в связи с этим и отмечаются такие осложнения, как – рассечение угла рта (при фиксации через рот), рассечение мягкого нёба (при фиксации через носовой ход), потеря зуба (при фиксации за зуб), также отмечались миграция эндопротеза в желудок, образование вокруг фиксирующей «муфты» грануляционной ткани.

Поэтому нами был разработан и внедрен в клинику эндопротез, который изготавливается индивидуально для каждого пациента из силиконовой трубки, диаметр которой соответствует возрастному диаметру пищевода, путем ее продольного рассечения и моделирования ленты – фиксатора шириной 0,3 см, являющейся монолитным продолжением эндопротеза. Установка эндопротеза-полутрубки в пищеводе производится после его бужирования до возрастного бужа за нить. Фиксируется эндопротез лентой, выведенной через носовой ход к щеке, с помощью лейкопластыря. Известно, что вне акта прохождения пищевого комка, пищевод имеет щелевидный просвет, который и выполняет данный эндопротез, при этом он не оказывает давления на черпаловидные хрящи гортани, не нарушает замыкательной функции кардиального отдела пищевода, не препятствует его перистальтике. Однако при этом нахождение эндопротеза в пищеводе предотвращает его сужение за счет вновь возникающих после бужирования рубцов.

ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Л.А. Чинтаева
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, Российская Федерация

Актуальность: у детей первых трех лет жизни наиболее часто встречаются (40%) плевральные осложнения: пиоторокс, пиопневмоторокс, пневмоторокс. В применении новых методов обследования и лечения, наряду с общепринятыми клинико-рентгенологическими исследованиями, важным диагностическим методом является определение pH плевральной жидкости с помощью универсальной индикаторной бумаги.

Цель: определить тактику ведения больных с ОГДП.

В отделении гнойной хирургии КДКБ находились на лечении 6 детей с ОГДП в возрасте от 1 года до 3 лет, которым определялось pH плевральной жидкости. Получали комбинированную терапию, антибактериальные препараты (цефалоспорины 2,3 поколений + аминогликозиды); инфузионную терапию (глюкозосолевые и белковые растворы), иммунокорректирующую и ферментную терапию, местное лечение.

Диагностическая плевральная пункция практически показана всем детям с плевральными осложнениями ОГДП. Лечение начинали с проведения пункции плевральной полости и с учетом полученного выпота определения pH строили дальнейшую лечебную тактику.